ESSAI

N° 97.

11.

SUR

L'ENCÉPHALITE AIGUË.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 31 JUILLET 1837;

PAR

FLORIMOND-BENJAMIN-AUGUSTE **JOLLY**,

Des Sables d'Olomne (VENDÉE);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Observatione medicina crescit. STOLL.



MONTPELLIER,
IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, N° 3.
1837.

.\\

FACULTÉ DE MEDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET, *Examinateur*. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE, *Examinateur*. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE, *Examinateur*. Clinique chirurgicale.
BÉRARD, *Président*. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ, *Suppléant*. Médecine légale.
N............ Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils, *Examin.*
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Examinat.*

MM. FAGES, *Suppl.*
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

Éternels regrets !!!

A

Mon Grand-Père et à ma Tante EMMANUEL.

Profond respect et sincère attachement.

AUX PERSONNES QUI, DANS MON ISOLEMENT,
M'ONT TÉMOIGNÉ DE L'AFFECTION.

Vive reconnaissance et inébranlable amitié.

F. JOLLY.



ESSAI

SUR

L'ENCÉPHALITE AIGUË.

Factis, non verbis.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ENCÉPHALITE (*FIÈVRE CÉRÉBRALE*).

Le plus important de tous les systèmes est sans contredit, chez l'homme, le système nerveux; toutes les actions vitales sont sous sa dépendance, et depuis l'absorption jusqu'à la pensée, tous les actes de l'économie humaine s'exécutent sous son influence. Long-temps les maladies de ce système sont restées inconnues; on en chercherait vainement l'histoire dans les anciens auteurs : le peu de connaissances

qu'ils possédaient sur l'anatomie et la physiologie du cerveau et de ses dépendances était un obstacle insurmontable aux progrès de la médecine sur ce point; ils étaient réduits à contempler les principaux phénomènes qui se manifestaient extérieurement, et à recourir à l'empirisme le plus aveugle pour leur apporter quelques remèdes. Les travaux d'anatomie pathologique des vingt dernières années, et surtout ceux des professeurs Lallemand, Bouillaud, ont contribué à jeter une vive lumière sur les maladies de l'encéphale, bien qu'une foule de ses affections nous soient encore inconnues. L'inflammation du cerveau était une de celles qui méritaient le plus de fixer l'attention des modernes, et qui a le plus gagné à leurs recherches. C'est depuis ces travaux que l'on a su rapporter à leur véritable cause, à l'inflammation de la pulpe cérébrale, une foule de phénomènes jusque-là mal interprétés, et que l'on a fait successivement disparaître des cadres nosologiques les noms des fièvres essentielles diverses auxquelles on avait rapporté les symptômes de l'encéphalite, selon qu'il y avait prédominance de tels ou tels symptômes, ou que la marche de la maladie affectait tel ou tel type différent. Malgré le cachet progressif que l'époque actuelle a imprimé aux travaux sur les maladies du cerveau, l'opinion des auteurs modernes est loin d'être unanime: espérons que d'autres observations et de nouvelles recherches d'anatomie pathologique finiront par rallier sous le même drapeau les hommes recommandables dont l'opinion est encore si différente à cet égard, et viendront éclairer sur la véritable nature de lésions dont on voudrait encore aujourd'hui faire autant de maladies à part. Parmi ces lésions, le ramollissement du cerveau est celle sur laquelle il s'élève le plus de dissidences. MM. Lallemand, Georget le regardent presque toujours comme un degré de l'encéphalite aiguë; dans quelques cas très-rares, ils pensent qu'il peut être le résultat d'une inflammation chronique; M. Abercrombrie, d'Édimbourg, en fait constamment un mode d'inflammation chronique; M. Récamier le regarde comme indépendant de tout état inflammatoire; MM. Andral et Rostan comme la mort sénile d'une partie du cerveau; dans quelques cas, cependant, comme un effet de l'inflammation. Tâchons, en quelques

lignes, d'examiner un peu plus à fond les opinions de MM. Lallemand et Récamier, qui nous paraissent les plus opposées : M. Récamier regarde le ramollissement du cerveau comme une altération *sui generis*, une dégénérescence particulière qu'il compare à certains ramollissements de la rate; pour lui, ces désorganisations sont indépendantes de tout travail inflammatoire, et produites par une cause générale, une maladie de toute l'économie, une fièvre ataxique, nerveuse, pernicieuse, qui se porte sur le système nerveux, et plus spécialement sur le cerveau, qui détruit et désorganise son tissu. Telle est l'explication qu'il nous donne de la formation du ramollissement cérébral. A côté de ces assertions, qui ne sont rien moins que prouvées, et qui ne laissent dans l'esprit absolument aucun principe sur lequel le jugement puisse se fixer, et qui serve de point de départ aux inductions formées par le raisonnement, examinons, au contraire, la saine logique au moyen de laquelle le professeur Lallemand nous fait comprendre la formation du ramollissement. A cet effet, nous allons rapporter un passage de sa première lettre, pag. 91. « Dans l'inflammation aiguë de tous les tissus, il faut considérer deux choses bien distinctes : l'augmentation de densité ou la dureté, et la diminution de cohésion ou désorganisation; dans un phlegmon commençant, il y a endurcissement; mais dès que les aréoles du tissu cellulaire écartées ou déchirées permettent au pus de se réunir en masse, il y a fluctuation, sensation opposée à celle de dureté, ce qui prouve que cette sensation de dureté est due à la manière dont les molécules liquides sont retenues dans les mailles du tissu cellulaire. Aussi la dureté de l'organe enflammé sera-t-elle d'autant plus grande, que celui-ci sera formé de mailles plus serrées et élastiques, résistantes, propres à retenir les matériaux de la fluxion. D'un autre côté, la diminution de cohésion sera d'autant plus prompte et facile, que le tissu affecté sera moins ferme et moins élastique; le cerveau est presque entièrement dépourvu de tissu cellulaire, et c'est l'organe qui offre le moins de cohésion entre ses molécules; donc il n'y aura pas d'augmentation de densité, faute d'un réseau qui emprisonne les liquides attirés par l'inflammation; mais cette inflam-

mation achèvera de détruire son peu de cohésion, et il sera réduit en bouillie sans traces de désorganisation.... » Ce raisonnement me paraît péremptoire ; aussi n'existe-t-il pas le moindre doute dans mon esprit sur la nature inflammatoire du ramollissement. Du reste, comme ce principe est fondamental dans ma thèse, puisque j'identifie le ramollissement à l'affection que je décris, je vais encore m'appuyer de l'autorité d'un des hommes qui ont le plus fait pour cette partie de la science, de M. Foville. « J'ai l'intention, dit-il, de faire ressortir cette considération importante, que le ramollissement n'est pas une maladie, mais un résultat, un produit de la maladie; que ce n'est pas par conséquent le ramollissement qu'il faut chercher à traiter et à guérir, mais l'état qui l'a amené, et que ce sera le plus beau triomphe de l'art de l'arrêter dans sa marche, et de le faire rétrograder..... » (Article *encéphale* du Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.)

On reconnaît deux formes d'encéphalite : l'une générale et superficielle (diffuse de M. Calmeil), l'autre partielle ou locale du même auteur. L'inflammation du cerveau peut être aussi aiguë ou chronique. C'est de l'encéphalite aiguë dont je me propose de donner la description.

CAUSES.

L'organe cérébral, par sa texture délicate, et ses rapports sympathiques et directs avec les autres organes, est disposé à des inflammations très-fréquentes. Ces inflammations peuvent tenir à des causes internes et à des causes physiques; le mode d'action de ces dernières est souvent le seul moyen d'arriver à une connaissance exacte de la nature de la maladie; aussi le praticien doit-il toujours s'enquérir des habitudes et de l'état antérieur des malades. Quelquefois l'encéphalite survient sans causes connues; chez quelques sujets, les causes les plus légères ont suffi pour déterminer des accidents très-graves avec une incroyable rapidité; tandis que d'autres, soumis à des influences beaucoup plus fortes, ont été long-temps avant d'en éprouver

aucun inconvénient. Nous diviserons les causes de l'encéphalite en prédisposantes et déterminantes.

Causes prédisposantes. — L'inflammation du cerveau n'épargne aucun âge, aucun sexe ni aucune condition; les travaux de M. Lallemand l'ont conduit à penser qu'elle était plus fréquente de 50 à 70 ans; MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, au contraire, l'ont trouvée plus commune dans les premiers âges de la vie, mais il est probable que, chez ces enfants, elle était consécutive à l'arachnoïdite, à laquelle ils sont singulièrement prédisposés; c'est surtout à l'époque de la dentition, et chez ceux qui ont la tête volumineuse, l'intelligence précoce, et qui sont sujets à des épistaxis très-fréquentes, qu'on l'observe le plus souvent. Les hommes en sont plus fréquemment atteints que les femmes, au moins une fois plus, pense M. Calmeil; car, indépendamment des travaux de l'intelligence, auxquels ils se livrent davantage, ils font plus d'excès, et sont exposés à plus d'accidents que ces dernières; et, chez celles-ci, les évacuations menstruelles sont une cause puissante de déplétion. On l'a aussi plus souvent remarquée chez les tempéraments sanguins et nerveux, chez les sujets fatigués par les veilles, épuisés par les plaisirs vénériens, vivant dans l'exaltation et l'intempérance, ainsi que chez ceux qui, par leur profession, sont obligés de passer leur vie près de feux ou de fourneaux ardents. Enfin, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, l'abus des boissons alcooliques et des aliments trop excitants, les chagrins violents, les peines morales, la concentration immodérée de l'esprit, les névroses, le passage subit d'une vie active et pénible à une vie sédentaire; tous les agents qui causent de profonds ébranlements de la sensibilité, tels que l'amour-propre et l'ambition déçus après les grandes commotions sociales, en sont autant de causes prédisposantes, et même quelquefois déterminantes.

Causes déterminantes. — Les causes déterminantes les plus ordinaires sont : toutes les percussions un peu fortes du crâne, accompagnées ou non de la fracture de cette boîte osseuse; l'irritation du cerveau par la présence d'une esquille, d'une balle, de tout corps

étranger, d'un caillot hémorrhagique, de tubercules, d'exostoses, de tumeurs fongueuses ou cancéreuses de la dure-mère, etc. Elle peut être la suite d'une chute sur la tête, les genoux, les fesses, les pieds, en un mot de toutes les violences qui peuvent exercer sur l'encéphale une commotion profonde. Au commencement de l'été, l'encéphalite est fort commune ; alors elle est due, dans le plus grand nombre de cas, à l'insolation prolongée. La suppression et plus souvent l'extension de l'inflammation des parties qui avoisinent et entourent le cerveau, surtout celles des méninges, l'érysipèle du cuir chevelu, la carie des os du crâne, celle de la portion pierreuse du rocher, si souvent trouvée, par M. Lallemand, dans les autopsies, sont autant de causes qui peuvent donner lieu à l'inflammation cérébrale. Enfin, les inflammations aiguës de l'intérieur de l'œil, de l'oreille interne et moyenne, des fosses nasales se propageant dans les sinus frontaux, celles des cordons nerveux qui partent du cerveau, peuvent être le point de départ de l'encéphalite.

PRODROMES.

Lorsque l'encéphalite doit être générale, tantôt elle débute instantanément par un ensemble de symptômes graves ; le plus souvent c'est par une série de phénomènes successifs. Avant qu'elle ait pris son élan définitif, il y a une période d'incubation ou d'excitation, dont l'art, s'il est employé à temps, peut aisément arrêter la marche. Si ces symptômes précurseurs sont dus à une cause externe, le malade éprouve immédiatement de la douleur dans le lieu où il a été frappé, de la pesanteur de tête, de la disposition au sommeil ; une chaleur insolite se fait sentir au front, et les artères temporales battent avec plus de force ; enfin, si le malade n'est pas promptement secouru, le mal éclate : quelquefois la douleur est le seul symptôme appréciable pendant quelque temps, puis arrivent les autres. Si l'affection est due à une cause interne, elle présente la même diversité dans ses prodrômes ; mais le plus souvent elle est précédée de congestion encéphalique.

Lorsque l'encéphalite doit être partielle, les malades sont exposés, pendant des semaines, des mois, même des années, à des étourdissements et à des congestions qui quelquefois sont assez fortes pour simuler des attaques d'apoplexie; d'autres malades éprouvent des bourdonnements, des illusions d'optique, des battements de tête violents et insupportables; leur facies exprime le besoin de dormir; ils sommeillent aisément et tombent dans la tristesse et la langueur. Le désordre de la pensée arrive lentement; il y a de l'irrésolution, moins de vivacité dans l'intelligence; il en est qui sont distraits, chez lesquels les goûts, les habitudes changent, qui ne s'occupent que de choses futiles; d'autres oublient le passé, et deviennent irritables, soucieux, défiants. Dans quelques cas, il y a perte ou embarras de la parole d'une durée variable, et augmentant lorsque le malade fait quelques excès.

SYMPTOMES ET MARCHE DE L'ENCÉPHALITE GÉNÉRALE.

Quoique mon but soit de décrire plus spécialement l'encéphalite partielle, cependant je vais tracer rapidement les principaux caractères de l'encéphalite générale. Dans l'immense majorité des cas, cette maladie étant jointe à une méningite, ses symptômes se confondent en quelque sorte avec ceux de cette phlegmasie. Après le prodrôme souvent très-court, la face se colore, l'œil est vif, brillant, injecté; les pupilles sont contractées; il existe une céphalalgie plus ou moins violente; les battements dont se plaignait le malade redoublent d'intensité, et s'étendent à toute la tête; le malade ne peut supporter la lumière, le moindre bruit l'incommode; bientôt on observe une exaltation désordonnée des diverses fonctions dont le cerveau est le siége; le délire se montre sous toutes les formes; il y a de l'agitation, des mouvements convulsifs généraux, des soubresauts de tendons, une raideur tétanique de tous les membres, au point que, si on les remue, les malades poussent des cris très-douloureux; la peau acquiert une excessive sensibilité (1). A ces symptômes

(1) Comme les symptômes que nous venons d'énumérer sont exactement les

idiopathiques se joignent des symptômes sympathiques plus ou moins marqués; la fièvre s'allume; il se manifeste une chaleur brûlante; la peau est sèche ou sudorale; le pouls est fréquent, vif, dur, la soif extrême, la langue sèche et rouge. Lorsque l'inflammation occupe plus spécialement la séreuse, on trouve la peau généralement sèche, et le pouls très-fréquent. Il y a des douleurs épigastriques avec nausées, la respiration est accélérée, l'urine rare et foncée.

Parvenue à ce point, elle passe bientôt à la seconde période, dite de collapsus ou de suppuration : alors les pupilles se dilatent, les traits s'affaissent et s'altèrent ensuite; la face change d'aspect d'un instant à l'autre, la peau se couvre d'une sueur grasse, visqueuse, qui des extrémités gagne le tronc, et annonce presque toujours une terminaison fâcheuse. Le malade, plongé dans un coma profond, ne répond plus que difficilement, ne se plaint plus de rien, ou articule des sons inintelligibles; quelquefois il soulève ses membres tremblants pour saisir des objets imaginaires (carphologie). Il y a résolution complète des membres, ainsi que des facultés intellectuelles et sensoriales. L'urine et les matières fécales sont excrétées involontairement; la langue se dessèche, se recouvre d'un enduit brunâtre; le pouls est petit, irrégulier, souvent inégal, intermittent;

mêmes, lorsqu'il n'y a qu'une arachnitis, sans aucune lésion appréciable dans la substance des circonvolutions, pour éviter tout reproche de confusion, je vais reproduire en note ce que dit M. Lallemand à ce sujet (lettre II, p. 250).....
« Les contractions spasmodiques peuvent aussi avoir lieu dans l'inflammation de l'arachnoïde; il ne faut pas en conclure que cette membrane ait une action directe sur le système locomoteur ou sur l'intelligence; mais il est impossible qu'elle soit enflammée sans que le cerveau, qui est en contact avec elle, n'y participe plus ou moins, de la même manière que le poumon participe à l'inflammation de la plèvre qui le recouvre, lors même que son tissu n'est pas altéré. Le cerveau est irrité par le voisinage de cette inflammation, ses fonctions sont exaltées, et par suite celle du système nerveux qui est sous sa dépendance et qui agit immédiatement sur l'appareil musculaire; ainsi les contractions spasmodiques et autres symptômes observés dès le début, ne suffisent pas pour caractériser l'encéphalite : au reste, on ne peut les confondre long-temps, car ils ne tardent pas à être accompagnés de paralysie, etc. »

la respiration, d'abord gênée, s'embarrasse et devient stertoreuse ; enfin, les extrémités se refroidissent, et le malade succombe au milieu du plus profond collapsus. Ces symptômes peuvent présenter beaucoup de variations dans leur marche, avec des périodes d'exaltation et de compression qui se font place mutuellement.

Lorsque la maladie ne se termine ni par la résolution, ni par la mort, elle passe à l'état chronique ; alors, ce qui semblerait confirmer l'assertion des auteurs qui placent les fonctions de l'intelligence à la surface du cerveau, il survient des troubles intellectuels, connus sous le nom d'aliénation mentale, et cette paralysie générale si bien décrite par M. Calmeil.

SYMPTOMES ET MARCHE DE L'ENCÉPHALITE PARTIELLE.

La forme aiguë présente deux périodes bien distinctes : la première est la période d'irritation avec commencement de ramollissement et infiltration sanguine. La seconde est la période de ramollissement avec infiltration de pus.

Première période. — L'invasion peut en être lente ou subite, suivant l'énergie des causes qui ont produit la maladie : la face est vultueuse, les pupilles contractées ; les individus se plaignent de douleur et de chaleur dans le point correspondant à l'inflammation. Tous les sens sont très-excitables ; il y a des illusions d'optique, des bourdonnements d'oreille, de la perte de sommeil, de la morosité, de l'irascibilité. La lésion de l'intelligence est moins grave que dans l'encéphalite générale, si l'inflammation n'occupe qu'un hémisphère ou une portion d'hémisphère, l'autre conservant son intégrité : ordinairement les fonctions intellectuelles ne présentent aucune lésion distincte ; il semble, dans ce cas, qu'un seul hémisphère suffise pour le développement de l'intelligence. Mais si l'inflammation réagit sympathiquement sur l'autre, ou s'il y a complication de méningite, il en résulte un délire de forme variable, suivant l'étendue et l'intensité de la lésion. Le système locomoteur peut être le siége de fourmillements, de mouvements convulsifs bientôt remplacés par des

contractions spasmodiques. Lorsque cette contraction a lieu dans les membres, elle leur imprime un état de contracture qui en rend l'extension impossible; quand elle occupe le visage, il en résulte une déviation de la commissure des lèvres du côté opposé à l'hémisphère enflammé. Les mâchoires sont serrées comme dans le trismus; les yeux roulent dans leur orbite; il y a quelquefois strabisme. Si l'un des muscles palpébraux est contracté, l'occlusion de l'œil en est la conséquence; elle est bien différente de celle qui résulte de la paralysie du muscle releveur des paupières: l'une est active, et l'autre est essentiellement passive. Cette rigidité n'est bien marquée que dans l'encéphalite partielle aiguë; lorsque sa marche est lente et chronique, la contracture peut être peu prononcée, ou même manquer tout-à-fait. Cette période est plus ou moins longue, suivant l'intensité de la lésion: chez l'enfant et le vieillard, ce degré est court; la perte de connaissance, l'assoupissement, le coma, arrivent bientôt. Chez l'adulte, cette prostration tarde plus à paraître: elle est l'indice d'une désorganisation complète dans un point du cerveau qui ne pourra plus remplir ses fonctions.

Deuxième période. — Lorsque la période de suppuration commence, la scène change: il se manifeste de la stupeur et de l'abattement, la pupille se dilate, l'œil est sans expression, le malade ne perçoit plus la céphalalgie, la parole devient lente et incertaine, il y a perte de la mémoire, le corps se couvre de sueur, et la somnolence dans laquelle est plongé le malade devient de plus en plus profonde. L'état spasmodique est graduellement remplacé par la résolution des membres; c'est par les points les plus éloignés du centre que commence la paralysie: d'abord contracturés, les membres perdent peu à peu le mouvement, et bientôt retomberont de tout leur poids si on les soulève. La commissure des lèvres, entraînée par le spasme du côté opposé à la lésion, revient peu à peu à sa position normale, et, lorsque la paralysie est confirmée, elle a lieu du côté de la lésion: alors le côté de la joue paralysé est flasque; le visage offre un contraste frappant lorsque le malade veut rire ou pleurer; l'air expiré, soulevant seulement la joue saine, donne à la figure l'expression

d'une personne qui fume; aussi dit-on que le malade *fume la pipe*. Tout le monde sait que la paralysie a lieu du côté opposé à la lésion, ce qui s'explique par l'entrecroisement des faisceaux antérieurs de la moelle allongée. Quelques faits de paralysie directe sont regardés comme des exceptions à la règle générale. Cependant il me semble que l'on pourrait se demander pourquoi la paralysie de la face se présente aussi du côté opposé, bien que les nerfs qu'elle reçoit du cerveau naissent avant l'entrecroisement?....

La paralysie peut n'avoir lieu que dans un seul membre, puis s'étendre successivement aux autres. Elle peut aussi être complète : c'est lorsque le ramollissement a son siége dans la protubérance annulaire, quoiqu'alors il n'y ait qu'un seul point d'affecté; car c'est précisément celui où se trouvent rapprochées toutes les fibres qui font communiquer le cerveau et la moelle épinière. Tous les faits observés jusqu'ici tendent à faire croire que la paralysie accompagne toujours le ramollissement des hémisphères : M. Lallemand l'a vue manquer dans cinq cas; mais alors le corps calleux, le septum lucidum, la voûte à trois piliers, étaient le siége de la lésion. La paralysie du sentiment ne se joint pas nécessairement à celle du mouvement : lorsqu'elle existe, elle est portée à un degré moindre que la paralysie musculaire. On cite cependant quelques cas où il s'est manifesté une perte de la sensibilité dans les parties qui avaient conservé leur motilité. N'existait-il pas alors d'autres lésions dans le cerveau?... Les organes des sens ne sont pas paralysés avec autant d'intensité que les organes du sentiment général : cela dépend sans doute, d'après M. Bouillaud, de ce que les parties du cerveau qui président à l'action des sens spéciaux ne sont pas le siége de la lésion. Le plus souvent, lorsqu'un seul hémisphère est ramolli en tout ou en partie, l'intelligence conserve toute son intégrité; cependant, dans cette circonstance, les facultés intellectuelles sont quelquefois altérées, et même complètement abolies. M. Lallemand explique cette diversité d'après le plus ou moins d'inflammation qui s'est développée dans la partie malade de l'encéphale, et qui, lorsqu'elle est considérable, produit une turgescence qui est cause de la compression de l'hémisphère sain.

Lorsque les deux hémisphères sont ramollis, suppurés à la fois dans une étendue plus ou moins considérable, il en résulte toujours une altération plus ou moins profonde des facultés intellectuelles; alors le malade tombe dans la somnolence et le collapsus. Dans ces cas, la physionomie, privée de son jeu naturel, est empreinte d'étonnement, de stupidité, d'imbécillité, et peut être à juste titre appelée le miroir de l'âme.

Une chose à citer dans la marche de cette maladie, ce sont les alternatives de rechute et d'amélioration; ainsi, chez un individu dont les membres sont dans un état complet de résolution, le coma peut diminuer, la connaissance revenir par intervalles, les yeux reprendre de l'expression, la bouche se nettoyer de ses fuliginosités, des mouvements spasmodiques survenir dans les membres paralysés, puis tout à coup le malade retombe et présente le même appareil de symptômes qu'avant cette amélioration. Lorsque la paralysie est récente, l'on peut encore compter sur la guérison; il peut arriver que les symptômes se dissipent peu à peu, et que le mouvement et la sensibilité reviennent; alors le malade ouvre les yeux comme s'il sortait d'un profond sommeil, jette un regard d'hébétude autour de lui, et n'a plus aucun souvenir de ses connaissances; pour que l'on puisse compter sur ce mieux, il faut qu'il marche jusqu'au retour complet de l'intelligence; alors il reste encore pendant longtemps plus ou moins de faiblesse dans les membres qui ont été atteints. Mais lorsque la seconde période est bien confirmée, et qu'il n'y a pas de mieux, l'on ne doit plus s'attendre à voir guérir, du moins complètement, le malade; la lésion est trop profonde, et bien que l'on cite quelques résorptions de pus, ces observations sont très-rares et peu certaines.

Circulation et respiration. — Au début de l'encéphalite partielle, on remarque un mouvement fébrile plus ou moins marqué, lorsqu'une assez grande étendue du cerveau est irritée; si l'inflammation n'en atteint qu'une petite portion, la réaction fébrile est presque nulle; on trouve encore de l'accélération dans le pouls lorsque le malade est en proie aux mouvements convulsifs et aux contrac-

tures ; on y trouve, au contraire, du ralentissement, lorsque les symptômes de collapsus se manifestent. Il en est de même de la respiration : ses mouvements s'accélèrent ou se ralentissent suivant les périodes que parcourt la maladie ; à la fin, elle finit par s'embarrasser, devenir gênée et stertoreuse, ce qui annonce toujours une fin prochaine.

Digestion et appareil urinaire. — Lorsque la lésion cérébrale est assez forte pour donner lieu à un mouvement fébrile, la langue est sèche, blanchâtre ou couverte de fuliginosités ; la soif vive, l'appétit nul ; les vomissements, ou au moins les nausées, accompagnent très-souvent les phlegmasies du cerveau, et en marquent parfois le début, surtout chez les enfants ; ordinairement ils cessent après quelques jours ; chez d'autres, ils persistent pendant toute la durée de la maladie ; certains individus ne vomissent que deux ou trois fois par jour ; chez d'autres, les vomissements ont lieu de quart d'heure en quart d'heure ; il est à craindre, dans ce dernier cas, qu'il n'y ait une inflammation concomitante de l'estomac, qui n'est point, comme le veut M. Broussais, une conséquence de l'encéphalite, mais qui se développe sous son influence, comme l'encéphalite peut se développer sous l'influence d'une autre inflammation. Plusieurs malades rendent rapidement une énorme quantité de bile jaunâtre ; d'autres, au milieu de pénibles efforts, n'expulsent qu'un peu de mucus. Lorsque la lésion cérébrale est légère, les vomissements ne sont que sympathiques ; du reste, ils sont faciles à distinguer à l'état de la langue. J'insiste sur les symptômes présentés par les vomissements, car ils sont communs à l'encéphalite traumatique, de laquelle personne ne songe à nier la nature inflammatoire ; or, si je trouve ces mêmes symptômes dans l'encéphalite produite par une cause interne, c'est une raison de plus pour moi d'en conclure qu'il y a identité dans ces deux cas, et que la nature de la maladie est la même. Plus ordinairement il y a constipation opiniâtre au début et dans le cours de la maladie ; parfois il n'y a rien de notable pour les évacuations ; mais lorsque le mal fait des progrès, et que le cerveau ne perçoit plus les sensations, les matières fécales s'accu-

mulent dans l'intestin, et peuvent l'enflammer, si elles n'en sortent par regorgement. Dans d'autres cas, c'est par des évacuations alvines involontaires que se manifeste l'impossibilité où se trouve le cerveau de présider à cette fonction. Il en est de même pour les urines, qui tantôt s'accumulent dans la vessie, et tantôt sont rendues involontairement. C'est alors que le malade exhale cette odeur de souris si caractéristique, que le professeur Lallemand a constamment vue terminée par le décès du malade, et qui est occasionnée, soit par le séjour de l'urine dans le lit du malade, soit par l'élimination d'une certaine quantité d'urine par la voie de transpiration cutanée.

Complications. — Il peut survenir un grand nombre de complications dans le cours d'une encéphalite; la plus commune est la méningite, elle résulte de l'inflammation cérébrale qui s'y communique par contiguité de tissu; à l'autopsie, on ne trouve que la face interne de la séreuse épaissie vis-à-vis des points du cerveau qui sont ramollis. Dans ce cas, il n'y a pas de symptômes apparents d'arachnitis, car la lésion est légère, de peu d'étendue, et consécutive à la désorganisation principale. Il peut aussi survenir, dans son cours, des gastrites, pneumonies, cystites, dont la marche peut être rapide et hâter celle de l'affection cérébrale, ou tellement lente, qu'on ne les découvre qu'à l'autopsie.

Beaucoup d'encéphalites présentent un diagnostic fort obscur; l'intermittence et l'irrégularité de leur marche le rendent encore plus difficile : tantôt, en effet, les malades sont agités, tantôt assoupis ; j'ai observé cette année un cas que je rapporte à la fin de ma thèse (observation première), dans lequel les symptômes simulaient ceux des fièvres intermittentes pernicieuses, et qui furent traités comme tels, pendant une bonne partie de la maladie, par un praticien fort distingué et très-habitué à ces sortes de maladies. Il faut aussi se garder de confondre l'encéphalite avec les désordres qui accompagnent les maladies chroniques vers leur fin, et surtout avec les troubles de l'innervation qui s'observent dans les fièvres typhoïdes, et qui présentent beaucoup d'analogie avec l'inflammation cérébrale.

A l'article des symptômes de l'encéphalite générale, j'ai parlé de la complication de méningite qui a lieu dans le plus grand nombre des cas. L'encéphalite peut aussi être confondue, au début, avec l'apoplexie et l'épilepsie; alors le diagnostic différentiel n'est pas fort difficile à établir : dans l'hémorrhagie cérébrale, la paralysie vient subitement sans convulsions ni contractures; dès le premier moment, elle est à son plus haut degré d'intensité; elle n'a pas de marche croissante; tandis qu'il n'est pas dans la nature de l'inflammation de rester stationnaire; de plus, dans l'hémorrhagie, les symptômes dus à la présence du sang ne peuvent diminuer qu'autant que l'absorption s'en opère; aussi les changements se font-ils avec beaucoup de lenteur. En la confondant avec l'épilepsie, l'erreur ne serait pas de longue durée et serait peu préjudiciable. Dans cette dernière, l'attaque est courte, suivie de pâleur et d'hébétude; il y a distorsion du tronc, gêne de la respiration et écume à la bouche, phénomènes tout-à-fait étrangers à l'encéphalite.

DURÉE, TERMINAISON, PRONOSTIC.

La durée de l'encéphalite est, dans beaucoup de cas, difficile à préciser, parce que l'on n'a pas les renseignements nécessaires sur l'époque de l'invasion, ou parce que celle-ci s'est confondue avec d'autres maladies qui l'ont précédée. Sur 41 cas d'encéphalite partielle, M. Lallemand a trouvé que 22 étaient morts dans le premier septénaire, 12 dans le second, et 7 dans le troisième; les résultats obtenus par M. Bouillaud sont à peu près analogues. On a vu l'encéphalite ne durer quelquefois que vingt-quatre heures, tandis que, dans certains cas, elle persiste pendant plus de deux mois à l'état aigu; il y a, au moment où j'écris, dans les salles militaires de l'hôpital St-Éloi, un malade qui est dans ce cas. Du reste, l'acuité de la maladie, le sexe, l'âge, la constitution du sujet, en retardent ou accélèrent singulièrement la marche.

Quand la mort n'est pas la suite de cette maladie, elle passe à l'état chronique; pour lors il existe, dans le cerveau, des abcès en-

kystés, ou des indurations présentant une foule de formes, et entraînant après elles des infirmités plus ou moins graves : la suppuration est le mode de terminaison de l'encéphalite le plus fréquent ; la gangrène est très-rare.

Le pronostic, quoique toujours grave, l'est cependant moins lorsque la lésion est circonscrite et peu étendue, lorsque l'individu jouit d'une bonne constitution, lorsqu'elle s'est manifestée à la suite d'une cause externe. L'encéphalite est plus grave lorsque le sentiment est frappé de paralysie en même temps que la motilité, que la paralysie est générale, et que les complications sont d'une nature plus fâcheuse. La mort est à peu près certaine lorsque le malade rend involontairement les urines et les matières fécales, et lorsqu'il exhale l'odeur de souris. Enfin, quand la moitié du corps restée libre jusqu'alors commence à être atteinte de paralysie, la mort survient ordinairement au bout de quelques jours, et elle est imminente lorsque la respiration s'embarrasse par l'engouement des bronches.

SIÉGE.

Lorsque l'encéphalite est générale, elle n'occupe que la surface du cerveau ; la maladie est alors tellement grave, que le malade aurait cessé de vivre avant que l'inflammation ait eu le temps de s'étendre en profondeur. Sur les 41 observations d'encéphalite partielle que nous avons signalées à l'article précédent, on a trouvé le siége dans la substance grise trente-trois fois, et huit fois seulement dans la substance blanche ; seize fois les circonvolutions dans lesquelles la substance grise est sans mélange, en ont été affectées ; les couches optiques et les corps striés qui en sont formés en grande partie l'ont été dans treize cas, et la protubérance annulaire, qui contient de la substance grise en moins grande quantité, ne l'a été que quatre fois. Ce résultat est remarquable, car c'est la substance grise qui reçoit le plus grand nombre de vaisseaux, les plus volumineux, et c'est dans son tissu qu'ils se ramifient avant de pénétrer dans la substance blanche : bien qu'il faille tenir compte de la proximité de l'arach-

noïde dont l'inflammation s'étend souvent à la surface du cerveau, la disproportion entre les affections de la substance grise et celles de la blanche est trop grande pour être raisonnablement attribuée au hasard. Il est, du reste, très-rationnel d'admettre que la substance grise a plus de disposition à être enflammée que la blanche, car cette partie a été considérée, par tous ceux qui ont étudié spécialement la physiologie de l'encéphale, par le docteur Gall et autres auteurs plus modernes, comme la partie la plus essentielle du cerveau, comme celle où réside l'intelligence, jouissant par conséquent de beaucoup plus d'activité. On s'est demandé si le membre inférieur était plus souvent le siége de la paralysie que le membre supérieur? Quelques auteurs ont pensé que la jambe était plus souvent paralysée que le bras ; M. Lallemand laisse la question irrésolue, et pense que si l'on a plus souvent attribué la paralysie à la jambe, c'est que sa faiblesse est plus perceptible en raison de ses fonctions. Il est inutile d'ajouter que les convulsions et la paralysie sont générales, lorsque la protubérance cérébrale est le siége de l'inflammation.

CARACTÈRES ANATOMIQUES.

Lorsque l'encéphalite a été générale, et par conséquent de peu de durée, l'autopsie montre la substance cérébrale parsemée d'un grand nombre de gouttelettes sanguines qui ne tardent pas à ruisseler et à se reproduire si on les essuie; la pulpe cérébrale en prend un aspect sablé. Ordinairement, dans ce cas, la pie-mère participe à cet état inflammatoire : elle est injectée; le tissu cellulaire qui la sépare de l'arachnoïde est infiltré et épaissi; enfin, si la maladie date de plus long-temps, on trouve entre les membranes du pus épanché, et même de fausses membranes. Les circonvolutions sont aplaties, tassées les unes contre les autres; la substance grise qui les forme peut avoir conservé sa consistance, ou être devenue plus visqueuse: quant à la substance blanche, elle a pris une nuance azurée, qui rend moins tranchée sa distinction d'avec la grise. Lorsque la période

d'rritation est plus avancée, on peut trouver des points plus ou moins étendus, ramollis, infiltrés de sang, ou dans lesquels le sang est en ecchymoses; la couleur de la substance grise sera violacée, lie de vin, brunâtre, plus ou moins foncée, et variant en raison de l'intensité de l'inflammation. Dans ce cas, on trouve que la partie saine du cerveau est d'autant plus injectée qu'elle est plus rapprochée du foyer de l'inflammation. Dans le plus grand nombre des observations recueillies par M. Lallemand, la mort est survenue à cette époque de la maladie, et l'autopsie a presque toujours montré les caractères que je viens d'indiquer. Si les désordres se prolongent davantage, c'est-à-dire si le malade ne succombe pas dans la première période, le ramollissement gagne en étendue, et peut présenter des degrés de mollesse plus ou moins marqués; le sang fait place à du pus qui change la couleur des parties; la substance grise devient jaune-verdâtre; la substance blanche est pâle et salie par le pus. Si on retire le cerveau du crâne, on voit qu'il a perdu toute sa consistance dans les points qui sont ramollis; il tombe en bouillie putrilagineuse; exposée à un courant d'eau, toute la pulpe cérébrale ramollie s'écoule, et laisse à sa place une véritable caverne anfractueuse, analogue à celle des abcès, mais beaucoup moins régulière. Enfin, le pus infiltré se rassemble en abcès au milieu du ramollissement; les parois de ces foyers sont d'abord un peu injectées de sang, qui ne tarde pas à disparaître. Si la maladie est venue à la suite d'une cause interne, le pus peut long-temps rester renfermé dans le sein d'un hémisphère sans contracter de mauvaise odeur, mais il devient plus consistant; s'il est, au contraire, formé par une lésion traumatique, et qu'il séjourne dans le crâne, le contact de l'air peut lui faire acquérir de la fétidité. On trouve souvent, au milieu du ramollissement, des débris de vaisseaux, du sang coagulé, des restes de substance cérébrale détruite en partie : ce sont ces détritus qui, plus tard, forment les éléments des membranes qui isolent les foyers purulents ou les autres productions morbides qui peuvent se développer, par suite de l'inflammation chronique, dans une partie de cet organe.

TRAITEMENT.

Tant que la nature de la maladie a été méconnue, les divers traitements que l'on employait n'étaient qu'une suite d'erreurs : les médecins combattaient chaque symptôme qui se présentait sans tenir aucun compte de la cause qui l'avait produite. Ainsi, contre les mouvements convulsifs, ils administraient les antispasmodiques ; l'éther, le camphre, le musc, la valériane, etc., étaient toujours prescrits lors de leur apparition ; contre la stupeur, la somnolence, le collapsus et autres symptômes qu'ils pensaient être caractéristiques de l'asthénie, ils avaient recours aux médicaments les plus énergiques pour réveiller les forces engourdies : ainsi, les émétiques, les préparations de quinquina, de fer, de café, d'arnica, etc., étaient administrés. Ceux qui, dans l'ensemble de symptômes que présente cette maladie, ne voyaient que fièvres ataxiques ou adynamiques, employaient aussi les mêmes remèdes. Bien que la connaissance de la nature de la maladie en soit une contre-indication formelle, quelques praticiens emploient encore ces moyens de nos jours. Pour ma part, tous les cas que j'ai vu traiter de la sorte ont eu une issue promptement fâcheuse : j'en ai choisi un des plus remarquables que je rapporte à la fin de mon travail (observation deuxième).

Je confondrai dans le traitement l'encéphalite générale et celle qui n'est que partielle : il repose absolument sur le même principe ; lorsqu'il y a quelques nuances, ce n'est que dans l'application. Malgré l'obscurité qui le plus souvent règne sur les prodrômes, lorsqu'un malade se plaint de congestions plus ou moins fortes, de douleurs de tête fixes ou vagues, durant depuis long-temps, il faut soigneusement s'enquérir quelle en est la cause. Si elle provient de l'action exagérée de la masse nerveuse, pour lors il y a à l'intérieur une concentration des fluides, menaçante pour les organes, et qu'il faut faire cesser. Alors les distractions, la promenade, l'éloignement des causes qui ont fait naître cette indisposition, sont conseillés, ce qui peut, en un

mot, appeler sur toute l'économie la contraction dont le cerveau est atteint. Si ces symptômes sont produits par une alimentation trop substantielle, par la suppression d'une hémorrhagie habituelle, il faut modérer la quantité des aliments, et rappeler ou suppléer à l'hémorrhagie. Ainsi, de simples moyens hygiéniques, un régime convenable, quelques déplétions sanguines faites à propos, des révulsifs extérieurs, des pédiluves, un exutoire, etc., peuvent faire avorter une encéphalite, ou en reculer l'invasion.

Lorsque le diagnostic de l'encéphalite est bien établi, les émissions sanguines générales et locales convenablement répétées, suivant la gravité de l'inflammation et la constitution du malade que l'on a à traiter, sont incontestablement le meilleur moyen de combattre la période d'irritation de l'encéphalite. Boyer conseille de saigner tant qu'il y a de la fréquence dans le pouls; Valsalva saignait la jugulaire pour amener plus promptement la déplétion du crâne. Au début, lorsque l'inflammation est intense, la saignée de la jugulaire externe, à cause de sa communication avec l'interne, peut être d'un grand avantage en dégorgeant directement le cerveau : on a aussi ouvert l'artère temporale dans quelques cas. Si les symptômes généraux ne s'amendent pas, mais que le pouls ne soit pas assez fort ni fréquent pour employer de nouvelles saignées, des sangsues placées aux angles de la mâchoire, aux apophyses mastoïdes, aux régions temporales, que l'on laisse couler pendant long-temps, ou des ventouses scarifiées placées à la nuque, produisent d'excellents effets. Après les émissions sanguines, l'application des réfrigérants sur le front, au moyen de l'eau froide ou acétisée, mais surtout de la glace que l'on place dans une vessie, et que l'on renouvelle lorsqu'elle est fondue, est un des moyens les plus héroïques qui soient entre les mains du praticien; il agit en empêchant l'afflux du sang à la tête. Ces applications sont insupportables pour quelques malades : alors il ne faut pas y insister. On a aussi employé, dans le même but, les douches d'eau froide sur la tête. Ce procédé est recommandé par MM. Martinet et Parent-Duchâtelet; mais on y a à peu près renoncé, car, outre les difficultés de son administration, il refroidit quelquefois tout le

malade, et peut donner naissance à d'autres maladies. La diète absolue, les boissons émollientes ou tempérantes, les lavements adoucissants, le repos, l'éloignement de tout ce qui peut exciter le malade, tel que le bruit, la lumière, doivent suivre l'emploi des antiphlogistiques. Il faut se garder de croire que l'âge avancé du malade, sa faiblesse, et l'absence de convulsions doivent exclure les évacuations sanguines, et faire recourir aux toniques : seulement, dans ces cas, il faut insister sur les dérivatifs, les applications de glace, tirer moins de sang avec la lancette, et insister davantage sur les saignées capillaires de la tête et du cou. Du reste, je crois que, dans tous les cas, après les premiers symptômes d'inflammation passés, il faut être très-sobre d'émissions sanguines ; j'ai été à même de voir plusieurs cas dans lesquels la convalescence a offert des longueurs désespérantes après des saignées trop long-temps répétées. Malgré la gravité de cette affection, souvent, par un traitement antiphlogistique bien entendu, le médecin, lorsqu'il est appelé avant que l'inflammation ait fait trop de progrès, est assez heureux pour voir se terminer rapidement, par délitescence, une encéphalite bien caractérisée. Je cite (observation troisième) un cas de ce genre qui s'est passé sous mes yeux dans le service de M. le docteur Gasté. On secondera l'effet de la médication antiphlogistique, en se servant des révulsifs extérieurs et internes : les premiers consistent dans les sinapismes, vésicatoires, cautères, moxas, etc. Les révulsifs internes sont les émétiques et les purgatifs : celui d'entre eux qui a joui de la plus grande réputation, est l'émétique en lavage, à la dose d'un grain dans une pinte de liquide; il avait été beaucoup préconisé par Desault; et d'autres praticiens en ont retiré de bons effets en l'administrant, non pour faire vomir, mais pour entretenir la liberté du ventre. L'opinion de M. Lallemand est que l'émétique à dose ordinaire, et à plus forte raison à haute dose, est nuisible dans l'encéphalite, en ce que la commotion du vomissement augmente la congestion du cerveau, et peut amener une rechute; et bien que l'irritation que produit l'émétique en lavage sur l'intestin soit modérée, il peut, dans certains cas, et chez les individus qui y sont prédisposés, produire le vomissement. Les lavements pur-

gatifs lui semblent produire à peu près les mêmes effets, sans avoir les mêmes inconvénients. On a préconisé les préparations mercurielles dans le traitement de l'encéphalite, en les employant, soit en frictions sur le cou, les apophyses mastoïdes, soit en administrant le calomel à l'intérieur. Selon les uns, le calomel agit comme spécifique de l'inflammation; selon d'autres, comme purgatif. Le professeur Andral le considère comme un purgatif dont on peut retirer un grand avantage dans l'encéphalite, surtout chez les enfants. Quant à moi, je n'ai jamais vu employer les préparations mercurielles; aussi suis-je à me fixer sur leurs résultats.

Les encéphalites traumatiques seront traitées de la même manière, c'est-à-dire par des émissions sanguines proportionnées à la réaction produite par la lésion : il faut, au préalable, retirer les corps introduits dans le cerveau, arrêter l'hémorrhagie, et dégorger les tissus par des applications continuelles de sangsues à l'endroit blessé, si le malade y éprouve un sentiment de douleur et de chaleur.

Quant au traitement de la période de suppuration, l'on doit, en général, en attendre peu de succès; s'il reste encore de l'inflammation, il faut, avec la plus grande réserve, avoir recours aux émissions sanguines, afin de faciliter autant que possible la résorption du pus. On insiste surtout sur les révulsifs. Boyer a conseillé de placer un vésicatoire sur la tête; mais ce moyen n'est pas généralement adopté, car beaucoup de praticiens craignent que l'irritation produite ne tourne au profit de l'inflammation cérébrale. Enfin, M. Lallemand réveille la sensibilité en produisant une vésication à la partie interne des cuisses au moyen de l'eau bouillante. Le médecin doit agir avec énergie, même lorsque la marche de la paralysie est lente et commence par un simple engourdissement d'une des extrémités; car déjà le cerveau est malade, et plus tard il ne serait plus temps d'agir : pour être moins rapide, le mal n'en est pas moins dangereux.

Il faut aussi combattre les complications lorsqu'elles sont reconnues, pratiquer le cathétérisme, afin d'empêcher la résorption de l'urine et l'inflammation de la vessie. Du reste, le praticien ne doit pas se hâter d'annoncer la guérison lorsqu'elle paraît se manifester : ce n'est guère

qu'après douze ou quinze jours d'un mieux soutenu que l'on peut croire à la résolution de l'inflammation. Il ne doit pas oublier qu'une rechute peut survenir, qui emportera presque subitement le malade au tombeau; et son pronostic, en inspirant trop de sécurité aux malades, peut devenir pour eux une source d'imprudences. Après la guérison, il faut encore éloigner pendant long-temps les occasions qui pourraient amener une congestion sur le cerveau déjà affecté.

Dans le cas où l'on viendrait à acquérir la certitude qu'il existe une collection purulente, et à déterminer, ce qu'il est presque impossible de faire dans l'état actuel de la science, la place qu'elle occupe dans l'encéphale, l'indication serait de perforer le crâne au moyen du trépan, et ensuite de donner issue au pus en ouvrant l'abcès avec le bistouri. En général, cette opération, fortement conseillée par M. Foville, qui pense que, lorsqu'on sera moins timide, le trépan offrira de grandes ressources de curation pour ces sortes d'affections, cette opération, dis-je, a été suivie de résultats funestes dans presque tous les cas où elle a pu être pratiquée jusqu'à ce jour.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Encéphalo-méningite exquise, primitive, sous forme de fièvre intermittente pernicieuse.

Tixier, âgé de 29 ans, d'une taille et d'un embonpoint ordinaires, d'un tempérament mixte, avec prédominance bilieuse, fusilier au 61me, est conduit à l'hôpital, le 28 Avril, troisième jour d'une maladie *qu'il nous a dit être une fièvre* dont l'accès débute le matin par un violent frisson, suivi de tous les autres symptômes fébriles, et surtout d'une céphalalgie *extraordinairement aiguë* qui ne discontinue pas. Le malade a la peau jaunâtre, une altération profonde du visage, les yeux enfoncés dans les orbites, les pommettes saillantes, une anxiété et des angoisses continuelles, une prostration telle, qu'il tombe sur le plancher en se levant pour uriner, et il vomit à plusieurs reprises une bile verdâtre et poisseuse.

Le 29, les symptômes ci-dessus nous semblent caractériser une fièvre pernicieuse intermittente, et les assertions du malade nous confirment dans cette opinion.

D.... solution de gomme arabique acidulée avec le jus de citron; 20 sangsues aux tempes et au-dessous des oreilles. Le soir, sinapismes aux jambes, 12 grains de sulfate de quinine, et 12 autres pour le lendemain avant la visite. En se mettant sur ses genoux pour uriner, le malade tombe en défaillance sur le vase de nuit; il s'agite, se retourne à tout moment, ne pouvant pas garder la même position, ou plutôt n'en trouvant aucune d'un peu tolérable.

Le 30, T*** déclare que sa céphalalgie est un peu moindre; mais son anxiété, ses angoisses, ses douleurs dans le dos et les membres n'ont pas cédé, et il n'y a pas eu un instant de repos dans les trois nuits précédentes. Sa langue est très-large, couverte d'un enduit blanchâtre; sa soif peu prononcée, son dégoût absolu; son pouls et sa peau comme à l'état normal. 16 sangsues à la tête, 15 grains de sulfate de quinine.

Le 1er Mai, somnolence et délire dans la nuit précédente; douleurs intolérables dans les membres; la langue est large, humide, couverte d'un enduit blanchâtre; la peau fraîche, quoique le malade éprouve des alternatives continuelles de chaleur et de refroidissement. Son pouls est fréquent, vif, sa respiration hâletante, sa tête renversée en arrière quoiqu'un peu moins douloureuse. Les angoisses et le délire augmentent; le malade se lève à plusieurs reprises, il bat un infirmier, et l'on est obligé de le lier dans son lit; sa langue est desséchée, muqueuse, l'épigastre est douloureux. Orge miellée, potion gommeuse (*bis*), saignée de 15 onces, deux vésicatoires aux jambes.

Le 2, carus, altération caractéristique du facies, perte de l'usage des sens et des facultés intellectuelles; la langue est gercée, râpeuse, l'hypogastre douloureux, distendu par la vessie paralysée. L'introduction de la sonde livre passage à plus d'un litre et demi d'urine rougeâtre, fortement ammoniacale.... Saignée du bras qui donne au plus huit à dix onces, le malade ne pouvant s'aider aucunement;

15 sangsues à l'épigastre. Après midi, respiration râlante qui s'embarrasse de plus en plus, décubitus dorsal, *coma somnolentum* dont on peut à peine faire sortir le malade en l'appelant à haute voix et en l'excitant fortement. A 9 heures du soir, face couverte de sueur, râle des agonisants, pouls faible, précipité, facile à déprimer...... Mort le 3, à 6 heures du matin.

Nécropsie 36 *heures après le décès.* — Muscles bien prononcés, teinte jaunâtre des téguments, si ce n'est à l'abdomen où la coloration verte indique un commencement de putréfaction. Le crâne ouvert, on aperçoit la dure-mère fort injectée, sans autre altération remarquable ; mais après l'avoir enlevée de la surface du cerveau, on trouve tous les vaisseaux capillaires de l'arachnoïde fortement injectés, et sur les côtés de ces vaisseaux des rubans ou filets d'un blanc jaunâtre, qui paraissent formés par des couches purulentes disséminées à la surface de l'encéphale entre cette membrane et la pie-mère, et qui sont des concrétions fibrineuses analogues aux fausses membranes fournies par la plèvre et le péritoine enflammés. La surface inférieure du cervelet en était aussi couverte vers la région moyenne ; le cerveau étant enlevé de la base du crâne, on voit, dans les fosses occipitales, un liquide qui paraît formé de sérosité, de pus et de sang mélangés. La substance cérébrale est ferme, laisse exhaler une exsudation sanguine, et apercevoir un pointillé rouge des tranches que l'on coupe. En pénétrant dans les ventricules latéraux, on voit du pus épais, homogène, d'un jaune verdâtre, dans toute l'étendue du tiers postérieur du ventricule gauche, et surtout le long du bord externe de sa courbure; il y en avait aussi un peu à la partie moyenne et antérieure.

Le cœur est flasque, un peu plus volumineux que d'ordinaire ; les poumons crépitants, mais congestionnés dans leurs lobes supérieurs ; les lobes inférieurs, le gauche surtout, sont évidemment engoués par le sang ; il en sort quelques bulles d'air et pas une gouttelette de pus : altération pathologique qui n'est point inflammatoire, ni posthume, car on avait eu le soin de placer le cadavre sur le ventre quinze heures après le décès.

L'estomac et le paquet intestinal n'offrent rien d'anormal, si ce n'est une légère teinte ardoisée que l'on a trouvée dans l'estomac.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Gastro-encéphalo-méningite exquise, traitée presque exclusivement par les antispasmodiques et les toniques, terminée par la mort.

Teissière, âgé de 22 ans, soldat au 21me, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fut apporté à l'hôpital St-Éloi, le 3 Juin, pendant la visite du matin. Ce malade était dans un état de coma qui ne permettait pas d'obtenir de lui le moindre renseignement; ceux qui l'apportèrent nous apprirent qu'il n'était au régiment que depuis un mois; que, le 1er Juin, il avait eu de l'anorexie, et que, le 2, il fut pris d'une céphalalgie fort intense, qui ne l'empêcha cependant pas d'aller à l'exercice. La fatigue, la chaleur du jour augmentèrent singulièrement son mal de tête, et le soir, il fut obligé de s'aliter. Le 3 au matin, sans avoir subi aucun traitement à la caserne, il fut apporté à la clinique dans l'état suivant : respiration lente, décubitus de préférence sur le côté droit, coma si profond, que l'on ne peut fixer son attention ni lui faire tirer la langue; la langue est sèche, râpeuse, la bouche entr'ouverte, les paupières abaissées, les sourcils froncés, la peau légèrement jaunâtre et donnant la sensation d'une chaleur âcre ; de temps en temps on remarque des soubresauts des tendons; les narines sont pulvérulentes; il existe des taches de sang à la narine droite; les pupilles sont sensiblement dilatées; le pouls est petit, concentré, dicrote; la céphalalgie très-forte, l'épigastre douloureux. Une demi-heure après avoir été placé dans son lit, le malade a vomi de la matière bilieuse au milieu de laquelle on remarque un petit caillot de sang; la veille, il a eu une selle. On lui administre une potion avec 20 grains de camphre, 20 grains sel de nitre, une once sirop capillaire, demi-once eau de menthe, 4 onces eau de tilleul, à prendre par cuillerées. Vin chaud sucré. Sinapismes aux genoux, aux coudes et à l'épigastre. Le 3 Juin,

à la visite du soir, l'infirmier nous dit que le malade a beaucoup fait sous lui; les sinapismes ont bien agi, la moitié de la potion a été administrée; le malade a eu et a encore de temps en temps des moments d'agitation extrême; la langue paraît un peu plus humide; le pouls s'est élevé. Un verre d'émulsion. 20 sangsues à l'épigastre, cataplasme de farine de lin arrosé d'un gros d'éther après leur chute.

Le 4 Juin, les sangsues à l'épigastre de la veille ont abondamment saigné; le soir du 3, le malade est tombé dans un délire si bruyant, qu'il a empêché de dormir les autres malades de la salle; il voulait sortir de son lit, et force a été de lui mettre la camisole. Une saignée fut jugée indispensable le 3 Juin à 9 heures du soir; elle fut faite de 22 onces, et en même temps on appliqua de la glace sur la tête; cette saignée n'empêcha pas le malade de délirer toute la nuit; mais le 4 au matin, la scène était totalement changée; le malade ne délire plus et n'est plus plongé dans le coma comme la veille; ses réponses sont justes et ne se font que peu attendre; le malade se plaint de fortes douleurs à la tête et à l'épigastre; la face est moins grippée, la langue moins rugueuse, jaunâtre, plus humide; le pouls n'est plus dicrote, et, malgré sa fréquence, il s'est considérablement relevé. Le malade est allé du corps deux fois dans la soirée de la veille. Crème de riz; limonade avec 10 grains sel de nitre; pédiluve simple (*bis*); cataplasme de farine de lin aux jambes; 5 sangsues derrière chaque oreille. À la visite du soir, nous apprenons que les sangsues ont bien coulé; le malade a des envies de vomir; il y a moins d'agitation; la tête est moins douloureuse; il y a eu plusieurs selles dans le jour.

Le 5 Juin, le pouls est fréquent, développé; il y a de l'abattement, la chaleur est âcre, la douleur épigastrique a diminué; il y a de la soif, la langue est sale et un peu sèche; il y a eu un peu de sommeil, les idées du malade ne sont pas bien nettes. Bouillon; demi-ration de vin; eau de riz acidulée avec l'acide sulfurique; 4 sangsues sur l'épigastre; cataplasme émollient sur l'hypogastre; glace de temps en temps dans la bouche. Le soir, il y a moins de douleur à la tête et à l'épigastre; le pouls est plus fréquent, la soif vive;

il y a eu deux selles; le malade a de l'appétence pour les aliments. Cataplasmes émollients aux pieds; potion avec un grain de camphre, un grain de nitre, 3 grains de musc, à prendre trois fois dans la soirée.

Le 6, le malade délire depuis la veille au soir, quoique les idées soient encore assez lucides; la langue se dessèche, le pouls est très-fréquent; le malade a beaucoup fait sous lui; il a le nez effilé, les narines moins béantes, mais toujours pulvérulentes. Limonade végétale à la glace; cataplasmes émollients aux pieds; potion avec 2 grains de camphre, 2 grains de nitre, 4 grains de sucre, à prendre en trois fois. Le soir, il y a éruption de boutons autour des lèvres; le délire continue; le malade a eu plusieurs selles dans lesquelles il a rendu des vers. 4 onces looch blanc avec 2 grains de musc. Large vésicatoire à la nuque.

Le 7, pouls fort, fréquent, langue sèche, diarrhée intense. Émulsion répétée deux ou trois fois.

Le 8, soubresauts des tendons, grand nombre de selles dans la nuit; pouls petit, marquant 130 pulsations; il y a moins d'agitation, mais toujours du délire; *marmottements* continuels; lèvres et langue sèches; forte douleur à l'épigastre; le vésicatoire à la nuque rapporte peu. Crème de riz, vin sucré.

Le 9 Juin, le pouls est petit, fréquent; le regard fixe; soubresauts des tendons; respiration gênée, bruyante; carphologie. Le malade est dans l'impossibilité de montrer la langue; les piqûres des sangsues à l'épigastre se sont environnées d'une auréole cuivreuse; la température de la peau est tiède; l'épigastre toujours douloureux. Vin sucré. Le soir, à la visite, le pouls est très-fréquent, filiforme; l'œil hagard, les traits altérés; la respiration commence à être râlante. Mort à huit heures du soir.

Autopsie environ 18 heures après la mort. (*Cavité crânienne.*) — Toute la surface extérieure des méninges offre une injection vasculaire très-prononcée; la dure-mère est à l'état sain. Entre l'arachnoïde et la pie-mère, tant à la surface supérieure qu'à la base du cerveau et du cervelet, on voit une quantité considérable de pus

concret, d'un blanc jaunâtre, qui suit le trajet des vaisseaux, et s'enfonce dans l'intervalle des circonvolutions. Une ouverture faite à l'arachnoïde, à la base du cerveau, a laissé couler une sérosité rougeâtre et purulente. Les ventricules latéraux et moyen contiennent une sérosité trouble et un peu de pus. Le cerveau participe à cet état ; il y a commencement de ramollissement à sa surface, et la substance grise des circonvolutions est fortement injectée ; lorsqu'on le coupe par tranches, on le trouve piqueté par une quantité de petits points rouges.

Les viscères thoraciques sont en bon état.

Abdomen. — 1° L'estomac présente une injection très-vive de la muqueuse vers le grand cul-de-sac ; la muqueuse est aussi ramollie du côté du pylore.

2° Le mésentère est très-injecté, l'intestin grêle renferme une substance noirâtre, épaisse, visqueuse (bile poisseuse), qui adhère fortement à sa membrane interne. On y a aussi trouvé des vers lombrics en grande quantité.

Il n'y a rien d'anormal dans le gros intestin, non plus que dans les autres viscères abdominaux. Le foie présente des taches d'un brun foncé qui sont apparentes jusqu'à un demi-pouce de profondeur dans la substance de cet organe.

TROISIÈME OBSERVATION.

Encéphalo-méningite idiopathique exquise, terminée par délitescence, sans métastase ni récidive.

Chardonnay, âgé de 26 ans, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, d'un tempérament nervoso-sanguin, fusilier au 61me, est envoyé à l'hôpital, le 26 Avril, troisième jour d'une maladie qui avait commencé par une syncope, des étourdissements, des alternatives de froid et de chaud, et une céphalalgie croissante devenue extrêmement aiguë. La constipation date de trois jours; sa peau est ardente au toucher, sa face animée. Diète absolue jusqu'au 1er Mai;

bain de jambes sinapisé ; deux lavements miellés le jour de l'entrée à l'hôpital. Les deux jours suivants (27 et 28) les phénomènes décrits ci-dessus persévèrent, sauf la constipation ; la céphalalgie devient plus intense, plus générale, malgré l'abstinence la plus complète, l'usage des limonades gommées, des pédiluves sinapisés et des lotions réfrigérantes sur le front. La somnolence et des rêvasseries fréquentes, une exaltation notable de la sensibilité et des facultés intellectuelles, la rougeur vive du facies, portent à prescrire, le 29, une saignée du bras de seize onces, *réclamée* instantanément par le malade lui-même depuis la veille.

Le 30, à la visite du matin, nous apprenons que le malade avait encore déliré pendant la majeure partie de la nuit ; sa loquacité, son agitation ne discontinuent pas ; les muscles de la face sont agités par des mouvements convulsifs et par le rire sardonique ; il chante, gémit et vocifère presqu'en même temps ; sa soif est encore très-vive ; il n'a point eu de garde-robe depuis le dernier lavement miellé. Trente sangsues réparties en nombre égal au-dessous de chaque oreille, à chaque tempe et à la racine du nez ; leurs piqûres saignent abondamment.

Le 1er Mai, un peu de sommeil, et presque pas de délire ; nulle altération de la face, épanouissement des traits, *chaleur halitueuse* de la peau ; pouls fréquent, vif, roide ; langue large, humide ; disparition de la céphalalgie. A midi, continuation du mieux, peau sudorale, pouls souple, guérison présumée. Demi-bouillon, limonade gommée, potion gommeuse.

Le 2, sommeil calme, prolongé, réparateur dans la nuit précédente ; peau généralement moite, douce au toucher ; pouls souple, plein, sans fréquence ; épanouissement des traits, le visage exprimant des sensations de satisfaction et de confiance. La soif a fait place à l'appétit.

Du 3 au 6 Mai, disparition aussi prompte que bien caractérisée de tous les phénomènes morbides exprimés ci-dessus ; transition presque subite d'une maladie grave à une santé parfaite. Dès le 5, le malade reste levé presque toute la journée, et ses aliments sont

augmentés du potage à la demi-portion. Il sort de l'hôpital le 10 Mai, aussi bien portant que s'il n'eût pas été malade, et quatorze jours après son entrée.

FIN.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er EXAMEN. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e EXAMEN. *Anatomie, Physiologie.*

3e EXAMEN. *Pathologie interne et externe.*

4e EXAMEN. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e EXAMEN. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e ET DERNIER EXAMEN. *Présenter et soutenir une Thèse.*